UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 109

FACULTÉ DE MÉDECINE

11

ESSAI

SUR

L'EUTHANASIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

Emile SICARD

Né à Marseille le 20 Décembre 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

GRASSET, professeur, *Président*
RAUZIER, professeur.
P. DELMAS, agrégé.
MASSABUAU, agrégé.
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

ESSAI

SUR

L'EUTHANASIE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 109

FACULTÉ DE MÉDECINE

ESSAI

SUR

L'EUTHANASIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

Emile SICARD

Né à Marseille le 20 Décembre 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

Examinateurs de la Thèse

GRASSET, professeur, *Président*
RAUZIER, professeur.
P. DELMAS, agrégé.
MASSABUAU, agrégé.
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . .	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT ED.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des t.

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, professeur, *prés.* | MM P. DELMAS, *agrégé.*
RAUZIER, *prof.* | MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire de ma Mère

E. SICARD.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Grasset.

E. SICARD

ESSAI

SUR

L'EUTHANASIE

INTRODUCTION

La question de l'euthanasie, que nous nous proposons d'étudier, entre de nouveau dans une phase aiguë. L'extrême liberté intellectuelle qui caractérise notre époque, l'ascension rapide à la science de peuples nouveaux, sans traditions classiques, ont permis les conceptions les plus subtiles, les paradoxes les plus téméraires. Le respect de la vie humaine, tel que l'entendent les traditions médicales a paru à certains moments perdre de sa rigueur ; des médecins n'ont pas craint d'inoculer le cancer, la tuberculose ou la syphilis à des individus, ailleurs des enfants ont été livrés aux vivisecteurs.

Et voici que l'euthanasie entre de plus en plus dans le domaine des réalisations.

D'abord purement hypothétique, simple hardiesse d'écrivains épris d'originalité, elle court maintenant les journaux du monde entier en quête de vulgarisation scientifi-

que. Des ouvrages de thèse, tels que « La Mort » de M. Maurice Maeterlinck la défendent. Enfin elle a été mise en pratique dans des exemples trop nombreux.

Depuis dix ans, cinq projets de loi ont été soumis à la législature de l'Ancien et du Nouveau Monde, demandant le droit légal à l'euthanasie. En la seule année 1903, l'Amérique, la Saxe, l'Italie ont eu à examiner publiquement ce sujet.

A son Assemblée d'octobre 1903, la *New-York Stade Medical Association* posait à ses membres la question de savoir si un médecin avait le droit de raccourcir l'existence d'un cancéreux dont le néoplasme a récidivé, d'un tuberculeux à la troisième période, d'un malheureux qui a une fracture de la colonne vertébrale avec paralysie à peu près complète et impotence fonctionnelle des membres, etc. « Il ne s'agit pas, fait observer M. Guermonprez, à qui nous empruntons ces renseignements, de quelques injections de morphine qui ont au moins l'excuse d'un soulagement passager. C'est l'homicide par le médecin qui est mis en jeu. Il ajoute ce détail : au banquet de cette Association, un clergyman, M. Wright a été invité ; il s'est fait au dessert l'apôtre de cette revendication ».

Le projet de loi présenté au Parlement du Royaume de Saxe demandait qu'on autorisât les médecins, en cas de maladie incurable, à donner à ceux qui la demanderaient une mort prompte et douce. Le projet fut repoussé par les législateurs saxons.

En Italie, une âme généreuse, un certain Nobel s'était proposé d'ériger à Rome et aussi à Milan des institutions où tous ceux que la vie fatigue seraient reçus afin qu'ils s'en débarrassent de la manière la plus facile, par asphyxie au moyen d'un gaz formulé par lui. Ce projet, malgré son

originalité, fut cependant trouvé trop dangereux par le premier ministre M. Crispi et repoussé.

Tel ne fut pas le sort d'un bill soumis à la législature de l'Ohio le 23 janvier 1906 et qui passa à la première lecture. Aucune législation, écrivait M. Guermonprez deux ans auparavant, ne consent actuellement à l'euthanasie; ni en Europe, ni dans le Nouveau-Monde. Voilà donc un progrès et si nous en croyons la prédiction que M. Lionnel Tollemache faisait d'un identique projet en 1873 « on ne peut douter que le bénéfice n'en soit énorme ». Ce bill avait été inspiré par Miss Anna S. Hall de Cincinnatti qui, par humanitarisme, disait-elle, sollicitait l'autorisation d'abréger, au moyen du chloroforme, les souffrances de sa mère atteinte d'un mal incurable.

Toute personne, stipulait le bill, atteinte d'une maladie incurable, accompagnée de grandes douleurs, peut demander la réunion d'une Commission, composée d'au moins quatre personnes, qui statuera sur l'opportunité de mettre fin à cette vie douloureuse.

La même année, l'Etat de Iowa eut à examiner un projet de bill déposé par le docteur Grégory, proposant « que les personnes souffrant d'une maladie sans espoir, de même que les enfants hideusement conformés ou idiots, fussent débarassés de la vie au moyen d'un anesthésique ». On voit que ce bill, à l'exclusion du paragraphe relatif aux enfants, est le même que celui de l'Ohio.

Cette étrange législation eut plus de retentissement qu'on ne l'aurait cru. Un contre-projet fut déposé au Parlement de New-York déclarant que « toute personne qui, par des discours, circulaires écrites ou imprimées, messages, lettres, documents, prospectus, journaux, articles de magazine ou publications de toute nature... préconiserait... le devoir de mettre à mort, sous le couvert de la loi,

ceux qui sont atteints d'une maladie incurable, mentale ou physique... serait déclarée coupable de félonie ». Une telle législation, dit un critique anglais, n'est pas moins hystérique que l'autre.

Plus près de nous, en 1910, une adepte de la colonie Quaker, en Floride, est, sur sa prière, doucement et définitivement endormie au chloroforme. L'autopsie révéla que cette malade, tuberculeuse et ayant abandonné tout espoir de guérir, n'avait que de très légères lésions pulmonaires. Un verdict de meurtre fut rendu contre le chef de la colonie.

Il y a un an enfin, il convient de signaler un nouveau projet de loi soumis au Congrès de Washington et rejeté, ainsi que le geste quelque peu différent de Sarah Harris demandant aux juges de New-York l'autorisation, pour son médecin, de mettre fin, avec toute la douceur désirable à d'atroces souffrances jugées incurables.

Cette série de faits dans les seuls Etats-Unis d'Amérique, montre assez, il nous semble, l'acuité de la question, dont les journaux nous ont rapporté les discussions nombreuses et passionnées, d'autant plus embrouillées, j'imagine, que la question ne paraît pas mieux connue du public américain que du public français. Celui-ci du moins n'eut jamais son attention éveillée par quelque projet de loi analogue. Un petit nombre de faits divers récents, très significatifs doivent pourtant être signalés en France.

Il s'agit tout d'abord de la fin terrible de cet individu qui, dans un accident de chemin de fer, se trouva pris, les jambes broyées sous un wagon. Sur l'avis des ingénieurs il ne fallait pas songer délivrer de longtemps le malheureux qu'une hémorragie abondante et la gravité du traumatisme condamnaient presque à coup sûr. Le blessé suppliait qu'on l'achevât à coups de revolver. Un médecin

tait présent qui ne crut pas devoir obéir à ses prières uxquelles s'étaient jointes celles de quelques spectateurs. 'ersonne d'ailleurs n'eût ce courage et l'infortuné, après ne nuit horrible, succombait.

Plus récemment la chronique dramatique relatait, non ans commentaires, l'étrange suicide de l'ex-député socia- ste Lafargue. Vieilli, Lafargue supportait mal les pre- ıières atteintes de l'âge. La vieillesse qui paralyse les ıuscles et la volonté de l'homme lui paraissait un mal ıutile. Il avait fixé pour lui-même à 70 ans le terme fatal ù il devait disparaître. Il tint sa parole. Sa femme, une lle de Karl Marx, ne voulut pas lui survivre. Tous deux, vec un minutieux sang-froid, réglèrent l'emploi de ce ui leur restait de fortune et ils se suicidèrent en absor- ant du cyanure de potassium.

Enfin, il y a quelques mois, le 22 novembre 1912, Mme eguerrier, depuis un an atteinte d'hémiplégie et souf- rant de violentes douleurs, était assassinée par son mari. elui-ci, ancien procureur de la République, déclarait que, assant depuis quelque temps les nuits à côté d'elle sur n fauteuil, il n'avait pu supporter plus longtemps le pectacle de ses souffrances et avait pris un parti éner- ique. Il lui avait, en effet, tiré trois balles de revolver, eux dans la région temporale gauche, une dans l'oreille roite. Sa conscience, affirma-t-il, ne lui reprochait rien, n'avait fait que son devoir en arrachant sa femme à des ortures qui duraient depuis un an. L'autopsie ne permit e découvrir aucune maladie organique et il faut que la onscience juridique soit bien incertaine puisque son cas e fut pas soumis aux tribunaux. Arrêté, puis relaxé aus- itôt, M. B... n'a plus été inquiété.

Enfin, dix ans après l'entrée du projet saxon, le Reichs- ag est saisi d'une motion semblable, dont nous emprun-

tons ls principaux paragraphes au *Siècle Moniste,* organe des sociétés du *monisme* allemand:

1° Toute personne atteinte de maladie incurable a le droit à l'euthanasie.

2° Ce droit est établi par le Tribunal du ressort, sur la demande du malade.

3° A la suite de la requête, le tribunal prescrit un examen du malade par le médecin légiste assisté de deux spécialistes, sur la demande du malade. L'examen devra être fait dans les huit jours qui suivent l'introduction de la requête.

4° Le procès-verbal de l'examen doit dire si, d'après la conviction des médecins experts, la mort est plus probable que le retour à la santé ou tout au moins à un état permettant l'aptitude au travail.

5° Si l'examen établit la grande probabilité d'une issue mortelle, le tribunal accorde au malade le droit à l'euthanasie. Dans le cas contraire, la demande est repoussée.

5° Lorsqu'un malade est tué sans douleur sur sa demande personnelle et catégorique, l'auteur de la mort ne peut être poursuivi, si le malade a obtenu le droit à l'euthanasie et si l'autopsie établit qu'il était incurable.

7° Quiconque tue un malade sans la volonté formelle et expresse de celui-ci est puni de réclusion.

8° Les paragraphes de 1 à 7, peuvent aussi, le cas échéant, être appliqués aux valétudinaires et aux infirmes.

L'auteur du projet serait un malade excédé de la vie, suite pour lui d'interminables souffrances. Nous ne doutons pas que le Reichstag ne repousse ce projet comme ont été rejetés les autres.

De toute façon, le bruit fait autour de cette proposition, les discussions ténébreuses, sans aucune autorité scientifique, les articles de journaux et les conférences contradic-

oires que l'Allemagne connaît à son tour sont des plus regrettables. A en juger par les articles français, les mêmes erreurs, la même maladive sensiblerie des controverses américaines sont lancées dans le public européen. Le corps médical a quelque peu protesté dans des articles de revues. Aucun ouvrage récent, si nous exceptons le livre de M. Guermonprez: « L'Assassinat médical et le Respect de la Vie humaine » écrit surtout au point de vue religieux et philosophique, n'a encore discuté la question. Il nous a donc semblé qu'il ne serait pas inutile d'apporter, au seuil du débat, quelque précision et d'étudier la question de l'euthanasie uniquement au point de vue médical.

Après l'avoir définie, en avoir donné un court aperçu historique et ethnographique et recherché les défenseurs de l'euthanasie dans la littérature, nous nous efforcerons de prouver quelles sont les raisons du *non occides* médical et de donner enfin la solution scientifique d'un problème qui intéresse au plus haut point les médecins.

Notre président de thèse, M. le professeur Grasset à qui nous avons demandé son opinion ne nous a pas caché la difficulté du sujet. Toutefois, écartant toute discussion aux points de vues philosophique, social ou religieux, notre but sera de borner notre étude à une simple argumentation médicale.

CHAPITRE PREMIER

QU'EST-CE QUE L'EUTHANASIE?

Nous avons recherché dans les divers dictionnaires les définitions de l'euthanasie.

Littré donne:

Bonne mort, mort douce et sans souffrances.

Littré et Gilbert: mort arrivant au milieu d'un sommeil provoqué, afin d'éviter une agonie douloureuse.

Larousse: mort douce, sans souffrances. Philos: science de rendre la mort douce d'après F. Bacon.

Garnier et Delamarre: mort exempte de souffrances naturellement ou grâce à l'emploi de substances calmantes ou stupéfiantes (morphine, chloral, chloroforme).

Cette définition nous paraît la plus complète.

L'euthanasie, c'est en somme, pour celui qui souffre et veut sortir de l'existence, une mort douce, une meilleure mort.

Nous distinguerons l'euthanasie naturelle et l'euthanasie provoquée.

Dans l'euthanasie naturelle il convient tout d'abord de faire une place à la mort physiologique, telle que la décrivait Bichat, du vieillard parvenu au terme extrême de la vie. On connaît les travaux de Metchnikoff sur cet intéressant sujet, nous ne nous en occuperons pas ici. Elle est

une exception. Au contraire, les morts calmes, conscientes ou inconscientes, consécutives à une affection aiguë ou chronique sont les plus fréquentes. Selon M. Morache, lorsque les fonctions de la vie s'éteignent peu à peu « l'agonie qui se déroule ainsi peut être qualifiée d'agonie tranquille, d'euthanasie ». Nous y reviendrons au sujet de l'agonie. L'euthanasie qui arrêtera le plus notre attention est l'euthanasie provoquée, que ce soit par le malade lui-même, — c'est le suicide agréable — par le médecin ou toute autre personne. Elle peut intervenir pendant la santé ou au cours d'un état morbide. Pendant la santé c'est la mort en beauté de Sénèque, de Pétrone, de cette nonagénaire dont parle Valère Maxime, « jouissant d'une parfaite santé d'esprit et de corps et qui justifiait sa résolution par la crainte d'essuyer dans l'avenir les rigueurs du sort jusque là favorable, en tenant trop à la vie ». (Valère Maxime, livre II, chap. VII.)

Pendant la maladie, elle interviendra soit au début, soit à la période d'état, soit à la fin, c'est-à-dire au moment de l'agonie.

Toutefois, laissant de côté dans cette étude, le suicide plus ou moins adouci de l'incurable ou de tout autre malade qui souffre, nous ne nous occuperons que de l'euthanasie provoquée par le médecin.

CHAPITRE II

HISTORIQUE ET ETHNOGRAPHIE

Nous nous proposons, dans ce chapitre, de rechercher, sommairement, parmi les coutumes des peuples primitifs, les institutions de l'antiquité et des temps modernes, quelques pratiques touchant notre sujet et de montrer qu'il s'agit là de simples exceptions.

D'après les recherches de M. Grimm c'était la règle chez les Germains de tuer les vieilles gens et les malades chroniques ou de les enterrer vivants. Hélien rapporte que chez les habitants de la Sardaigne les vieillards étaient exterminés à coups de massue par leurs propres fils. Chez les Karènes, en Birmanie, un incurable devait se pendre.

Aujourd'hui encore chez les Polynésiens, non seulement l'avortement et l'infanticide mais l'assassinat des vieillards constituent des usages. Les Australiens, les Mélanésiens délaissent les vieillards et les incurables devenus incapables de se suffire à eux-mêmes. Souvent on les tue et on les mange, ce qui correspond à des idées religieuses.

Les Fidjiens enterrent vivants leurs vieux parents. Les Esquimaux pratiquent le suicide quand la maladie ou les douleurs deviennent intolérables. « Leur manière d'en finir avec la vie, écrit Roald Amundsen qui vient de vivre dix-sept mois avec eux, est vraiment curieuse : une courroie est tendue d'un mur à l'autre de la hutte à environ trente

centimètres du sol. Le malade, laissé seul, essaie de s'étrangler en appuyant la gorge contre la courroie tandis que les membres de la famille regardent par des trous pratiqués dans le mur ; si le patient ne parvient pas promptement au résultat désiré un spectateur vient l'aider et presse sa tête contre la courroie ».

Il semble que, au moins pour les Esquimaux, fait très justement remarquer le docteur Roche, ce suicide aidé parte d'un sentiment de pitié pour celui qui souffre, c'est véritablement une euthanasie. Bien différentes sont les raisons des autres peuplades que nous avons citées. L'individu, chez eux, a peu d'importance comparé à la communauté, la plupart des vieillards acceptent avec soumission cette euthanasie rudimentaire comme ils se soumettent dans les divers actes de la vie aux tabous minutieux et tyranniques. « C'est le résultat de nécessités qu'on pourrait appeler économiques » (Hastings, *Encyclopédia of Religion and Ethics,* art. : Euthanasia, London, 1913).

En effet, le stock de nourriture étant limité, le nombre des membres de la tribu ne doit pas dépasser un certain chiffre. Et ce seront les bouches inutiles, les jeunes enfants, les veillards, les infirmes que l'on sacrifiera. Tout cela est régi par la loi sous le contrôle des chefs.

Les Fidjiens eux, croient qu'ils renaîtront dans un autre monde tels qu'ils étaient quand ils ont quitté la terre. Aussi se dépêchent-ils de mourir avant qu'une grave maladie ou une infirmité ne les surprenne. La vieillesse proche, l'homme avertit ses enfants que son heure est venue de mourir ; et, s'il néglige de le faire, les enfants prennent sur eux de le prévenir.

Si, maintenant, nous passons en revue les civilisations antiques nous ne trouvons que de rares coutumes ou théories se rapportant à l'euthanasie.

Ainsi la médecine antique de l'Inde était plus simple qu'aujourd'hui. Elle n'avait affaire qu'aux maladies guérissables. Quant à l'incurable, il n'avait pas le droit de se soigner : ses parents le menaient sur le bord du Gange, lui remplissaient le nez et la bouche du limon sacré et le jetaient dans le fleuve.

En Grèce nous signalerons les théories platoniciennes supprimant les incurables. A Sparte par l'eugénésie et l'euthanasie on poursuivait la beauté de la race.

Dans l'île de Cos nous trouvons une coutume très particulière : les gens très âgés s'y rassemblaient dans un banquet et y buvaient un breuvage empoisonné : le *conium maculatum* (Strabon, X, liv. III, chap. 37). Enfin, dans l'île de Cos, Valère Maxime raconte avoir observé une pratique analogue « à l'époque, dit-il, où se rendant en Asie avec Sextius Pompée il entra dans la ville de Julis. Il arriva, par hasard, qu'une femme de la plus haute distinctian, mais fort avancée en âge, après avoir rendu compte à ses concitoyens des raisons qu'elle avait de quitter la vie, résolut d'en sortir par le poison et trouva singulièrement précieux de pouvoir illustrer sa mort par la présence de Pompée... Cette femme, plus que nonagénaire, et jouissant d'une parfaite santé d'esprit et de corps était couchée sur un lit qui paraissait orné avec plus d'élégance qu'à l'ordinaire. Appuyée sur le coude elle prit la parole... J'ai constamment éprouvé, dit-elle, la fortune favorable et dans la crainte d'essuyer ses rigueurs en tenant trop à la vie, je vais échanger le peu de jours qui me restent contre une fin bienheureuse. A mesure que le froid s'emparait des diverses parties de son corps elle le disait tranquillement. Quand elle le sentit approcher des entrailles et du cœur elle invita ses filles à lui rendre le dernier devoir, celui de fermer ses yeux. Les nôtres, malgré la stupeur

où les jetait un spectacle si nouveau, ne laissèrent pas d'être baignés de larmes au sortir de cette maison » (Val. Max., liv. II, chap. VII).

A Rome, en Egypte, chez les peuples de l'Orient, le respect de la mort est à la base des lois et des religions. Les boudhistes, les mahométans interdisent le suicide et vénèrent les vieillards, le christianisme pose le *non occides* en principe.

Nous signalerons enfin un antique usage marseillais rapporté par Valère Maxime « On garde dans un dépôt public de cette ville, dit-il, une potion mêlée de ciguë et destinée à quiconque justifie devant le conseil des Six-Cents (tel est le nom de son sénat), des motifs qui lui font désirer la mort : espèce de jugement où préside une humanité sans faiblesse qui ne permet pas de sortir de la vie à la légère mais qui fournit un moyen expéditif de mourir à celui qui a de sages raisons pour le faire. Ainsi celui qui est trop malheureux ou trop heureux (car l'une et l'autre fortune peuvent offrir une raison valable de mettre fin à sa vie par la crainte qu'on a, dans un cas, que le bonheur ne nous abandonne, dans l'autre que l'adversité ne nous quitte pas) peut mettre un terme à son existence par une fin officiellement approuvée » (Val. Max., *loc. cit.*).

En somme l'ethnographie et l'histoire montrent que la grande majorité des peuples a le respect de la vie humaine et réprouve le suicide et l'assassinat des débiles.

CHAPITRE III

LES DEFENSEURS DE L'EUTHANASIE

Depuis longtemps les écrivains et les philosophes ont été tentés par la théorie de l'euthanasie. Nous ne prétendons pas en reconstituer ici l'histoire littéraire. Notre intention dans ce chapitre est seulement de citer les pages les plus marquantes des auteurs anciens et modernes qui ont touché la question et de dégager leurs arguments.

On trouve dans Platon quelques réflexions caractéristiques au sujet des infirmes et des malades incurables. Platon estime que dans un régime parfait les invalides ne devraient pas être conservés vivants mais qu'on devrait au contraire leur permettre de mourir du moment qu'ils ne sont plus capables de maintenir à un haut degré de développement leur corps ou leur esprit (République, liv. III, 405).

Une des pages les plus curieuses qui aient été écrites sur ce sujet est certainement cette fantaisie de Thomas Morus extraite de son ouvrage « Du meilleur gouvernement possible ou la nouvelle isle d'Utopie » (XVIe s.). « A ceux que ronge une maladie incurable, on apporte du réconfort en s'asseyant auprès d'eux, en les entretenant, bref en les entourant de soins et d'assistance. Mais si la maladie est non seulement incurable, mais pleine de douleurs aiguës et d'angoisses continuelles, les prêtres et les

magistrats sont les premiers à exhorter les malheureux à se décider à la mort. Ils leur montrent comment n'étant plus utiles en ce monde ils ont tort de prolonger une mala die pestilentielle et douloureuse qui les met à charge à eux-mêmes et les rend insupportables aux autres. A quoi bon endurer ce long tourment, cette vie qui est comme une horrible prison, ce chevalet de torture; ne vaut-il pas mieux s'en débarasser ou tout au moins souffrir qu'un autre nous en délivre? En agissant ainsi, ils lui assurent qu'il fera sagement, ne perdant par sa mort aucun confort mais mettant fin à sa douleur. Et comme, pour cet acte, il suit les conseils des prêtres, c'est-à-dire des interprètes de la volonté et du bon plaisir de la déesse, il sait qu'il agit en homme vertueux et plein de piété. Ceux qui se laissent ainsi persuader terminent leur vie par la faim ou meurent dans leur sommeil sans aucune sensation. Mais les prêtres et les magistrats ne font mourir personne contre sa volonté... Quant à celui qui se tue avant que les prêtres et le conseil aient autorisé sa mort, indigne d'être enterré ou brûlé, il est jeté sans sépulture dans quelque marais puant » (Utopie, liv. II, chap. VIII).

Cette invitation au suicide de la part du catholique intransigeant que fut Th. Morus ne manque pas d'intérêt, on y chercherait vainement, il est vrai, un argument justifiant la conduite de l'incurable, des prêtres et des magistrats en dehors des considérations de pitié, d'humanité et d'égoïsme. Il ne précise pas plus où et comment l'exécution sera faite.

Un peu plus tard, Francis Bacon est plus explicite. Pour lui il est dans les attributions du médecin de tuer aussi bien que de guérir, tout dépend de l'état du malade et du pronostic.

« ...Et de plus j'estime que c'est également la fonction

du médecin de rendre la santé et d'adoucir les peines et les douleurs; et non seulement lorsque cet adoucissement peut conduire à la guérison, mais lorsqu'il peut servir à procurer une mort calme et facile. Car ce n'est pas une petite félicité que cette euthanasie qu'Auguste César ne cessait de se souhaiter. Ainsi mourut Antoninus Pius dont la mort fut comme un sommeil paisible et franquille.

De même Epicure lorsque sa maladie fut jugée désespérée noya dans le vin son estomac et ses sens; et là-dessus fut faite l'épigramme: *Hinc stygias hausit aquas;* il sut ne pas goûter l'amertume des eaux du Styx.

Mais les médecins au contraire se font une espèce de scrupule et de religion de tourmenter encore le malade alors que la maladie est sans espoir, tandis qu'à mon avis ils devraient avoir assez d'habileté pour faciliter et adoucir de leurs propres mains les souffrances et l'agonie de la mort ».

M. Maeterlink, nous le verrons tout à l'heure, ne dira pas autre chose. L'idée est nette; nous examinerons plus loin s'il est ainsi conforme à la tradition que les fonctions du médecin comportent de telles nécessités.

Deux siècles plus tard une thèse française, d'un chirurgien aux armées, M. H.-F. Ragonneau examine longuement la question à propos de « Considérations sur l'Agonie ».

Nous n'en retiendrons ici que cette page typique: « Mais je reviens et je dis que le médecin peut en certains cas, sans manquer à ses devoirs et compromettre sa réputation, adoucir, abréger même les tourments d'un malheureux moribond dont l'état affreux est plus terrible que la mort... En lisant Cabanis, on apprend que Mirabeau agonisant ayant entièrement perdu la parole, fit signe qu'on lui donnât une plume et du papier sur lequel il écrivit :

« dormir »; et comme Cabanis, retenu par les règles qui fixaient l'emploi des narcotiques, feignait de ne pas l'entendre, il l'écrivit de nouveau : « Tant qu'on a pu croire que l'opium fixerait l'humeur, on a bien fait de ne pas le donner, mais maintenant qu'il n'y a plus de ressource que dans un phénomène inconnu, pourquoi ne pas le tenter? Eh! peut-on laisser mourir son ami, sur la roue, pendant plusieurs jours peut-être? »

Cabanis et Ant. Petit se décidèrent à le lui administrer... Deux médecins célèbres n'ont donc pas craint d'en user ainsi... J'ai vu un médecin très recommandable de la capitale donner l'extrait de jusquiame dans les derniers moments d'un anévrisme du cœur pour adoucir les tourments affreux du malade et le conduire paisiblement à un sommeil qui devait précéder la mort. Un professeur de cette Ecole m'a dit avoir quelquefois adouci l'agonie des malades confiés à ses soins en prescrivant l'opium et la digitale pourprée. « Ragonneau se rend pourtant compte des dangers que présente cette pratique et il ajoute : « Il ne faut pas perdre de vue toutefois que le médecin ne doit recourir à l'usage de pareils moyens que dans les cas où la mort est certaine et s'en abstenir dans les cas où il existe le moindre doute ».

Nous discuterons plus loin dans notre critique de l'euthanasie provoquée la valeur de cette distinction.

Il nous faut signaler ici, en plus de ce travail, la quantité considérable de thèses médicales et autres qui, traitant de l'euthanasie médicale, marqua la première moitié du siècle dernier, allemandes pour la plupart.

Aucune n'est parvenue à notre connaissance si ce n'est celle d'un français, Billon : « La Dysthanasie » (Paris, 1820), partisan d'une mort douce provoquée par les narcotiques. « La médecine, dit-il, si puissante dans ses

moyens d'adoucir les souffrances inséparables des maux qui nous affligent n'apporte aucun remède à celles qui précèdent et accompagnent la mort : les médecins, après un pronostic fâcheux, quelque pénible que soit l'état d'un malade le délaissent ordinairement ; les mourants sont absolument abandonnés ».

Plus près de nous, en Février 1873, M. Lionnel Tollemache se fait un ardent défenseur du « droit de tuer » dans un essai « La Guérison des Incurables » que publia la revue bi-mensuelle *Fortnightly Review.*

Il y plaide fortement le droit pour le médecin de trancher le fil d'une vie de souffrances chez un malade condamné. Nul doute, dit-il que de ce hara-kiri modifié, rendu légal en Angleterre ne résulte un énorme bénéfice. Son livre *Pierres d'achoppement* (4e édit. Londres 1895 p. 4 et suiv.) développe de nouveau la question. On y trouve de singuliers arguments. « Si le remède sommaire dont nous parlons pouvait être appliqué à cette souffrance, il en résulterait pour les personnes au tempérament sombre et inquiet ce grand avantage qu'elles gagneraient de la confiance dans la vie et que, sachant que la mort sera privée de son aiguillon, elles auront une sorte de stimulation préventive, d' « antiprévention » si je puis m'exprimer ainsi. D'autre part nous devons considérer les amis du malade qui, en plus de leur souffrance immédiate à soigner un malheureux, souvent y compromettent pour toujours leur constitution et leur système nerveux et sont ainsi exposés à une sorte de suicide moral, je veux dire qu'ils abrègent leurs propres facultés d'utilité beaucoup plus qu'une dose de laudanum n'abrègerait celles de leur ami mourant... Sans compter que celui qui profiterait tout d'abord de cette nouvelle méthode briserait l'ancien préjugé et rendant ce procédé pour ainsi dire « fashio-

nable » deviendrait un bienfaiteur, tant public que privé...

Un grand avantage résulterait de tout cela de sorte que, à moins qu'il ne soit démontré qu'un plus grand avantage encore résulte d'obliger les patients à mourir en agonie, les partisans de l'euthanasie peuvent se considérer comme ayant gagné la bataille. *L'onus probandi* reste clairement à ses adversaires...

« Les docteurs, ajoute-t-il, agiraient d'après une sanction légale, leur conduite, dans chaque cas serait soumis au contrôle public ». M. Tollemache se rend si bien compte à son tour des abus qu'entraînerait une telle méthode qu'il suggère naturellement certaines précautions.

« Pourquoi ne prendrait-on pas des précautions pareilles à celles qui sont observées pour interner un fou ? On pourrait exiger que le docteur soit toujours présent à la scène finale et, si cela n'est pas une sauvegarde suffisante, la loi pourrait décréter qu'un nombre donné de personnes respectables — chefs de famille par exemple — soient témoins, en y comprenant peut-être quelque policier ou quelque magistrat. Pourquoi ne serait-ce pas, aussi un devoir pour le chef de la paroisse d'y assister ? » Nous n'ajouterons pas de commentaire à cette proposition de faire surveiller par la police le geste d'un médecin, le tour de la citation montre assez que M. Tollemache a voulu nous faire prendre un amusant paradoxe pour une sérieuse théorie.

Dastre raconte qu'à Boston un chirurgien de grand renom proposa d'éthériser jusqu'à la mort les malades qu'on suppose être arrivés au terme de l'existence et qui sont en proie à de vives douleurs. « Une femme, âgée à la vérité de 90 ans a été ainsi éthérisée pour franchir plus aisément le fatal passage et son exemple a été offert en

imitation à tous ceux qui veulent adoucir la transition de la vie à la mort.

Wells dans ses « Anticipations », imagine une société idéale où l'euthanasie érigée en loi serait accordée aux incurables et aux neurasthéniques dans des institutions ad hoc. Le suicide et l'assassinat réglementés par la législation seraient embellis et adoucis par les perfectionnements de la science.

Nous retrouverons cette idée dans un roman anglais qui fit sensation dans les milieux littéraires et religieux de l'autre côté du détroit. « Le Maître de la Terre » de M. Robert-Hugh Benson, traduit en français par M. Th. de Wyzewa, décrit les mœurs des hommes et les événements dans un avenir pas très lointain.

Nous empruntons quelques lignes à ce curieux ouvrage :

« C'étaient les exécuteurs de l'euthanasie ; l'appareil qu'ils portaient allait mettre fin aux souffrances des agonisants, les faire passer doucement, délicieusement dans le royaume de l'éternel repos ».

Plus loin nous trouvons la description d'un refuge d'euthanasie et du genre de mort qu'on y donne.

.... « Quand vous serez prête, vous mettrez cette embouchure contre vos lèvres et vous attacherez ces deux ressorts derrière « votre tête... Et puis vous tournerez cette poignée dans ce sens-là ! Et voilà tout !

... Et puis, peu à peu, des choses surprenantes arrivèrent... Elle éprouva une sensation soudaine de légèreté extatique dans tous les membres... etc... »

Ce livre, d'ailleurs profondément religieux, ne nous arrêtera pas plus que certains romans ou certaines nouvelles où l'euthanasie tient une bonne place tels que « la Créature » de M. Binet-Valmer, « Sacrifiée » de M. E. Bodd, « l'Endormeuse » de Maupassant et un récent

ouvrage que cite M. Bouquet dans son article, « Le Droit à la mort », roman écrit avec beaucoup de talent et une très forte documentation sur la question ».

Nous signalerons encore l'opinion de M. Salomon Reinach. On trouve dans son étude sur les Religions: (Cultes et Mythes t. III p. 281. 1909) : « La contradiction que présentent la loi et les mœurs est un scandale auquel le vingtième siècle devra mettre fin. Une Société policée ne peut faciliter ni le suicide, ni l'avortement; mais il semble qu'elle puisse et qu'elle doive, par l'entremise de ses magistrats et de ses hommes de science, accorder à bon escient l'*exeat* aux uns et l'*ejiciat* aux autres pour prévenir des souffrances inutiles et de plus grands maux ».

Nous en aurons fini avec quelques récents défenseurs de l'euthanasie en mentionnant le Prof. Charle Helist Norton de Harvard, un littérateur de grande notoriété (British M. J. 17 mars 1906, p. 638 art. Euthanasia), le Dr Gregory, auteur du projet de loi de l'Etat de Iowa ainsi qu'un avocat marseillais dont un article paru dans une Revue de vulgarisation médicale dépasse par le choix et la solidité de l'argumentation tout ce que nous avons lu sur les bienfaits de l'euthanasie.

« La mort de l'individu reconnu incurable, dit-il, ne doit pas empêcher les recherches de la science (?) mais tant que le remède au mal présent n'existe pas, la suppression de la souffrance, entendez « l'achèvement du patient » doit être admise sans hésiter. Et voici la conclusion:

« La question posée est sans doute grave et la négative paraît s'imposer à première vue, mais un simple examen, froid et sincère, doit faire proclamer le droit absolu de tuer l'incurable ».

Nous en arrivons maintenant à l'ouvrage le plus sérieux

qui ait été écrit récemment sur le sujet : « La mort » de MM. Maeterlink. Après Thomas Morus, après Bacon, M. Maeterlink qu'ont toujours tenté les vastes problèmes et les éternelles chimères, ne pouvait manquer de faire sienne cette séduisante théorie éparse à travers les âges et les peuples.

La poésie de ces belles pages n'aura pas de peine à convaincre de ci de là, ces esprits délicats qu'un sentimentalisme irraisonné détourne sans cesse du simple bon sens et probablement, ayant fait le tour des cénacles littéraires, entraînera à sa suite la foule des indécis sans défense contre un paradoxe bien tourné.

La question est nettement posée.

« Tous les médecins estiment que le premier de leurs devoirs est de mener aussi loin que possible les convulsions les plus atroces de l'agonie la plus désespérée ». M. Maeterlink qui a sans doute vu peu d'agonisants ne s'est pas débarrassé autant qu'il le dit des vieux préjugés.

Un mot le fascine dont il ne peut chasser les images erronées, l'agonie « l'agonie qui est le moment le plus affreux, le sommet le plus aigu de la douleur et de l'horreur humaines ». Il y a là aussi une grande part d'imagination et l'on ne sait s'il faut s'alarmer ou sourire de ces amers reproches aux médecins : Qui donc au chevet d'un mourant n'a voulu vingt fois et n'a jamais osé se jeter à leurs pieds pour leur demander grâce ? Ils sont pleins d'une telle certitude et le devoir auquel ils obéissent laisse si peu de place au moindre doute que la pitié et la raison aveuglées par les larmes, répriment leurs révoltes et reculent devant une loi que tous reconnaissent comme la plus haute loi de la conscience humaine ».

De là à crier à leur cruauté il n'y a qu'un pas. « Un jour ce préjugé nous paraîtra barbare... Il est pourtant un

point sur lequel ils commencent de céder et se mettre d'accord. Ils consentent peu à peu lorsqu'il n'y a plus d'espoir, sinon à endormir, du moins à assoupir les suprêmes angoisses. Naguère aucun d'eux ne l'eût osé faire, et encore aujourd'hui beaucoup hésitent, comptent en avares et goutte à goutte la clémence et la paix qu'ils détiennent, appréhendant d'affaiblir les dernières résistances, c'est-à-dire les plus inutiles et les plus pénibles sursauts de la vie qui ne veut pas céder la place au repos qui s'avance.

Il ne m'appartient pas de décider si leur pitié pourrait être plus audacieuse...

... Un jour viendra où la science se retournera contre son erreur et n'hésitera plus à accourcir nos disgrâces ».

Retenons de ce tourbillon de mots ce double argument des premiers chapitres : la pitié et la raison. Nous verrons bientôt jusqu'à quel point la raison implique le droit d'abréger une vie si pitoyable soit-elle.

De cette étude abrégée et forcément incomplète des défenseurs de l'euthanasie, il ressort que ceux-ci sont presque tous des littérateurs ; une infime minorité de médecins adopte leurs théories.

CHAPITRE IV

LES MÉDECINS ET L'EUTHANASIE

Quels arguments le corps médical doit-il opposer à la théorie euthanasiste, c'est ce que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre.

Nous considèrerons d'abord ceux qui découlent de la vocation et de la tradition médicales, nous rechercherons ensuite sur quelles données scientifiques il est permis de baser notre « non occides » professionnel.

« Le naturel du médecin, dit Guermonprez, est fait de commisération, de compassion, d'incessante sollicitude et il lui faut soutenir son semblable jusqu'au bout. Sa vocation le range aux antipodes des homicides ».

Sa seule raison d'être, en effet, est le maintien de la vie, et la confiance des malades est à ce prix. Certes, le médecin ne pourra pas toujours guérir, alors il consolera. « Le mensonge consolateur soulage le malade plus que la chimie pharmaceutique » (Daremberg). « Si un de vos malades, dit le professeur Rénon, est atteint d'une maladie chronique et incurable, je vous en supplie, ne l'abandonnez pas. Le médecin est le marchand d'espérance et l'espérance est la suprême consolation des hommes Donnez par de petits moyens thérapeutiques associés à de fortes doses de psychothérapie, aide et réconfort à ces malheureux. Au contraire si, comme le souhaitait

Bacon, c'était parmi les fonctions du médecin de hâter la maladie et le passage dans l'autre monde, sa présence serait nécessairement associée à l'idée de la mort. Il entrerait dans la chambre des malades où il devrait apporter la vie et l'espoir, entraînant derrière lui l'ombre de la mort ». La vie continuellement lutte contre celle-ci. La maladie est un moment critique du combat. « Au médecin, dit Guermonprez, appartient le commandement selon une tactique disciplinée par la science, l'immobilité n'y est pas possible et encore moins la trahison ».

De plus, le droit pour le médecin de donner la mort dans le cas où l'agonie n'est pas encore venue, est subordonné au consentement du malade. Celui ci devrait donc être avisé que sa mort est proche et inévitable. « Cela, Messieurs, jamais, jamais », répond M. Rénon et la presque totalité du corps médical avec lui. La mission du médecin est de soulager et de consoler, elle ne saurait être de détruire.

Un autre groupe d'arguments se rattache aux traditions. « L'assassinat médical n'était certainement pas admis par les médecins païens ; il n'était pratiqué que par les médecins sans aucune religion comme il s'en est trouvé dans tous les temps » (Guermonprez).

L'empoisonnement était une règle du temps d'Hippocrate pour les condamnés à mort ; il faut croire qu'il était même assez fréquent comme suicide et que les malades demandaient quelquefois du poison à leur médecin comme le prouve cette partie du serment d'Hippocrate : « Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif ». (Œuvres complètes d'Hippocrate, édition d'E. Littré, Paris, 1884, IV, 631). Une note du traducteur

explique, par la critique littéraire, qu'il s'agit pour le mot poison d'une substance malfaisante remise à des tiers, soit pour un usage criminel, soit peut-être pour un suicide. Littré signale en outre une anecdote qui montrerait que le serment des Asclépiades avait aussi pénétré parmi les Arabes. « Houain, choisi pour interprète par le calife Ali-Metawakel Billah et son premier médecin, fut sollicité par ce prince qui voulait l'éprouver, de lui fournir du poison et répondit que sa religion — il était chrétien — et sa profession le lui défendaient, et que les médecins sont tenus par le serment de n'administrer à personne une substance capable de donner la mort.

On a cité comme exprimant une opinion contraire le passage suivant d'Arétée : *Quandoquidem hominibus ita viventibus mori beatum est. Medicum ut autem cuiquam mortem infere nefas dicitur. Sed fas est interdum cum præsentia mala coadi non posse manifeste prævideat, gravitate capitis torpida segrotum sopire.* (De curatione morborum acutorum, lib. II, c. v. p. 105. édit. de Boerrhave Leyde 1736). « On comprend que ce soit un bonheur de mourir pour ceux qui vivent ainsi. Or, c'est un crime pour un médecin de procurer la mort. Cependant, il est permis quelquefois, lorsqu'il n'y a manifestement plus d'espoir d'échapper à la maladie, d'endormir le malade d'un sommeil profond ». En consultant le texte grec, on voit d'ailleurs qu'il s'agit d'un effet narcotique et non d'un empoisonnement.

L'histoire a parfois retenu le refus des médecins de hâter une mort plus ou moins certaine. La plupart des traités de médecine légale reproduisent la parole célèbre de Desgenettes, lors de l'expédition d'Egypte. Napoléon l'invitait à abréger par une dose d'opium l'agonie des pestiférés de Jaffa. Il s'agissait de terminer des souffrances,

de préserver l'armée de la contagion, d'empêcher des malheureux de tomber sous le cimeterre des Turcs.

« Je répondis seulement, dit Desgenettes, mon devoir à moi, c'est de conserver. »

On dit qu'à Sainte-Hélène, Napoléon sur le point de mourir se souvint de cette parole énergique « noble expression du devoir professionnel. » Les exemples ne manquent pas, il est vrai, de soldats blessés, s'étant fait donner la mort plutôt que de tomber aux mains des ennemis.

Van Hasselt rapporte qu'aux Indes Hollandaises, des officiers dans ces conditions se sont tués ou se sont fait donner la mort. On trouve dans la thèse de Ragonneau, l'exemple d'un général actuellement blessé au bas-ventre par un boulet, souffrant depuis 24 heures de terribles douleurs d'autant plus déchirantes qu'il avait toute sa connaissance et qui pria en vain le médecin qui était auprès de lui d'abréger sa vie par l'emploi de l'opium, en offrant de l'y faire autoriser par qui de droit. Ce médecin refusa constamment

Dans son ouvrage « Souvenirs de vie passée » Sir Henry Holland raconte que lorsque Méhémet-Ali lui demanda s'il connaissait un poison qui, appliqué à l'embouchure d'une pipe ou administré dans du café, pût lentement et silencieusement tuer sans laisser de traces, il répondit aussitôt « qu'en qualité de médecin, il avait étudié les moyens de sauver la vie et non de la détruire. »

Telle est la règle que les médecins ont toujours défendue et qui se trouve formulée dans les traités classiques et dans les plus récentes publications. Nous lisons dans une revue ces lignes de M. Livon «... et ensuite ne serait-ce pas agir contrairement à toutes les traditions et à notre conduite habituelle, fort louable, selon moi ? Notre rôle

n'est-il pas de chercher à prolonger autant que possible l'existence de nos malades ?

Tourdes n'écrivait pas autre chose quelques années auparavant.

Est-il permis d'abréger une agonie, de précipiter une mort inévitable pour mettre un terme à de cruelles douleurs ! Cette question ne peut être posée sous la forme du doute, elle est résolue par ce précepte : « Tu ne tueras point »... C'est la mission du médecin, il ne s'en écartera pas malgré les plus spécieux prétextes, ni sous la pression des circonstances les plus graves. »

Cette affirmation trouve un appui sur quelques arguments d'ordre scientifique que nous allons maintenant examiner. Pour que l'euthanasie soit acceptable, il faudrait que la médecine soit une science rigoureusement exacte, arrivée à la limite de ses connaissances, pouvant dans chaque cas déterminé instituer une thérapeutique définitive, s'appuyant sur un diagnostic et un pronostic inflexibles.

Or, comme toute science, la médecine est en perpétuelle évolution. Il est aussi impossible d'établir aujourd'hui un tableau définitif des maladies curables et des états qui ne peuvent guérir que cela l'était hier et le sera demain. A chaque époque, les connaissances médicales ne représentent qu'une étape encore très éloignée au cours de la longue marche à l'étoile que les hommes ont entreprise pour la recherche de la vérité. Telle maladie aujourd'hui incurable sera vaincue dans quelques années, dans quelques mois, demain même ! Demain et non point le siècle prochain nous donnera peut-être le remède spécifique d'un des fléaux de l'humanité. Le cancer dont il n'existe actuellement aucun traitement curatif au bout d'une certaine période de l'affection, le tabes, la paralysie progres-

sive attendent qu'un savant, un chercheur leur oppose une médication victorieuse.

Considérons le cancer. A l'exception de quelques cancroïdes superficiels dont la radiothérapie est venue modifier la gravité, il n'existe encore qu'un seul traitement curatif : l'emploi large et précoce de l'instrument tranchant. Cependant on ne pourrait nier les progrès qui ont été réalisés jusqu'à ce jour tant au point de vue chirurgical qu'au point de vue du laboratoire. Il n'y a pas si longtemps qu'une chirurgie peu audacieuse bornait le traitement du cancer à l'emploi des caustiques et des irritants souvent très dangereux. Aujourd'hui de grands progrès ont été réalisés, mais, dit M. Delbet, ce serait une grosse erreur de croire que nous sommes arrivés à des techniques opératoires définitives. Tout est remis en question par la notion de la lutte de l'organisme contre le cancer. (Conférence internationale pour l'étude du cancer. Paris, 1910). Sans doute nous n'en connaissons ni la cause, ni le vrai remède, nous ne savons même pas quelquefois calmer ses douleurs, Mais ne nous est-il pas permis d'espérer devant les progrès incessants de la chimiothérapie par exemple et de la sérothérapie anticancéreuses ? Les recherches de laboratoire, les résultats surprenants obtenus sur le cancer des souris laissent entrevoir l'hypothèse d'une découverte peut-être assez prochaine.

« Dans la syphilis, dit M. Bouquet, il y avait jusqu'à ces temps derniers des phénomènes douloureux, particulièment à la période tertiaire et qui eussent peut-être légitimé le recours à l'euthanasie ; les derniers progrès thérapeutiques dus aux arsenicaux n'ont-ils pas réduit ces impossibilités à un nombre infime, sinon nul ?

Prenons la tuberculose, la plus terrible par le nombre

des victimes qu'elle fait chaque année. La thérapeutique, en progrès depuis quelque temps, paraît stationnaire actuellement. Après la faillite de la sérothérapie de Koch, il semble pourtant que les recherches de Maragliano, de Marmoreck et de bien d'autres aient rendu moins sombre le pronostic de certaines formes.

Quant aux tuberculoses osseuses, le changement chez elles est considérable. Gosselin avait prononcé cet arrêt terrible : « Les coxalgiques meurent tous ». Pour tous ceux que frappait la tuberculose externe, dit le docteur Calot. de Berck, c'était l'infirmité ou la mort, celle-ci souvent plus douce que celle-là, tant certaines infirmités, certaines bosses par exemple, rendent la vie pénible et même insupportable. « L'évolution qui s'est faite depuis un quart de siècle dans le traitement de ces maladies » est la plus profonde peut être qui se soit jamais vue en thérapeutique. Le mal de Pott et la coxalgie qui mouraient 99 fois sur 100 peuvent être guéris aujourd'hui 99 fois sur 100 » (docteur Calot, de Berck, Le devoir des médecins en présence des tuberculoses externes).

Le croup a perdu singulièrement de sa gravité depuis la pratique de la sérothérapie et de l'intubation. La mortalité a passé de 50 et 60 pour 100 à 12 et 14 pour cent.

Les interventions opératoires dans certaines affections paroxystiques ont modifié sensiblement l'élément douleur ; les souffrances du tabes, les crises gastriques spécialement, en sont un exemple : de même, le pronostic des sténoses du pylore a singulièrement varié avec la gastro-jéjunostomie.

Nous devons donc croire aux progrès de la médecine et travailler à leurs réalisations. Dans quelques années peut-être, la sombre triade : syphylis, tuberculose, cancer, aura perdu de sa célébrité ; le tabes, la paralysie générale

progressive, seront devenus guérissables ; les progrès peuvent s'accomplir du jour au lendemain. Quels remords pour le médecin qui aurait hâté la fin de son malade, pour celui qui, la veille du jour où Pasteur découvrait le traitement de la rage, aurait provoqué la mort de son malheureux client.

L'espérance dans la progression de nos connaissances médicales, la certitude que nos résultats actuels seront dépassés, la possibilité de voir surgir une thérapeutique meilleure rendent donc inacceptable l'idée d'euthanasie.

En admettant même que la médecine, arrivée au sommet des perfectionnements possibles ne puisse plus réaliser aucun progrès, il faudrait encore avoir la certitude absolue du diagnostic.

Les méthodes d'investigation que nous possédons actuellement ont donné certainement une plus grande précision à notre diagnostic ; les réactions de laboratoire, les biopsies, la radioscopie, permettent de déterminer la nature exacte de la plupart des maladies. Il n'en reste pas moins qu'il y aura toujours des erreurs de diagnostic. Les réactions de laboratoire n'ont rien d'absolu, les erreurs d'interprétation sont toujours possibles de médecins toujours sujets à des erreurs de jugement.

Les exemples de diagnostics erronés abondent : les gazettes des hôpitaux, les relations d'autopsies en relatent sans cesse. Qui ne connaît la fameuse erreur de Spencer Wells, faisant naguère une laparotomie à une malade atteinte de péritonite tuberculeuse. Il n'y a que l'embarras du choix ; nous n'en citerons qu'un petit nombre pris parmi les plus typiques.

Les pseudo-cancers sont de ceux-là. Dans une lettre adressée à la *Saint-Louis Médical Review* du 3 mars 1906, M. Edmond Owen cite un cas de ce genre auquel, dit

l'auteur de l'article, nous demandons aux partisans de l'euthanasie de réfléchir dans le fond de leur cœur. (The right to die British M.-J. London 1911, p. 1215).

Il s'agit d'un matelot présentant une grosse tumeur de la fosse iliaque droite dont l'évolution avait été rapide. M. Owen l'examina à l'hôpital Sainte-Marie. « C'était évidemment un ostéo-sarcome partant de l'articulation sacro-iliaque ». La tumeur qu'on voyait saillir à l'aine était sentie à travers le rectum. La consistance était celle du bois. « Il y avait compression sur l'intestin, le plexus sacré, les vaisseaux iliaques, sur toute chose ». Tous les collègues de M. Owen convenaient que c'était le cas le plus mauvais et le plus désespéré qu'ils eussent jamais vu. Il n'y avait rien à tenter et l'homme fut renvoyé chez lui pour y mourir. Plusieurs années après, un ancien étudiant assistant à la visite de M. Owen lui demanda s'il se rappelait ce cas ; M. Owen répondit affirmativement et demanda ce que l'autopsie avait révélé. Il lui fut répondu que l'homme était en parfaite santé. Il paraît que quelques années après son départ de l'hôpital, un abcès s'était formé à l'aine dont l'ouverture spontanée expulsa un pouce de fil de fer du diamètre d'un porte-plume ordinaire ; après quoi le malade se rétablit complètement. L'homme se souvint alors que, bien des mois avant l'apparition de la tumeur il avait, en buvant de l'eau d'un baquet contenant des bouts de fil de fer, avalé un de ces morceaux, mais qu'il avait oublié tout à fait l'incident.

Un cas analogue à l'observation de M. Owen est rapporté par le Dr Morestin (*Société de Chirurgie de Paris*, 1911, p. 1300).

Un homme d'une quarantaine d'années entre à l'hôpital Tenon avec une tumeur de la cuisse gauche, tumeur volumineuse, saillant à la partie antérieure, soulevant les tégu-

ments intacts, complètement indolente et d'une dureté uniforme. Elle est indépendante de l'articulation du genou, collée au fémur et l'on ne pouvait dire si elle avait pris naissance dans l'épaisseur des tissus ou aux dépens du périoste. Après des examens soigneux et répétés, on dut s'arrêter, à défaut de toute autre interprétation valable, à l'idée d'un sarcome ; le malade fut averti qu'il faudrait probablement lui amputer la cuisse très haut ou lui désarticuler la hanche, si ce diagnostic était confirmé par l'incision exploratrice qu'on ne manquerait pas de pratiquer tout d'abord. Il y consentit, et le jour de l'intervention, il s'endormit persuadé qu'il avait fait le sacrifice de son membre inférieur. Mais heureusement, l'incision de la tumeur après avoir traversé une énorme épaisseur de tissus sclérosés très durs ouvrit une collection purulente, d'ailleurs peu abondante, dont le drainage amena une guérison prompte et complète.

Nous trouvons enfin dans le même journal anglais qui rapporte la première observation, le cas suivant : l'aumônier d'un hôpital de Londres désirant s'assurer sur la vie s'adressa à plusieurs Compagnies qui refusèrent à cause d'une grave lésion valvulaire qu'on lui découvrit. Il eut alors recours à l'Administration de l'hôpital et sollicita une pension. Il l'obtint, en effet, et généreuse, son cas ayant été reconnu comme devant l'emporter à bref délai. Il jouit de sa pension pendant 40 ans.

Il ne serait pas diffile de dresser ainsi une longue liste de faux diagnostics. Tumeurs en apparence malignes, cardiopathies imaginaires, fausses tuberculoses, pseudo-paralysies générales, l'attention des médecins est tous les jours attirée par ces erreurs qui ne seront jamais complètement évitées. Le médecin ne peut que comparer les signes qu'il constate à ceux qu'il a déjà observés ; ses

conclusions ne peuvent prétendre à la certitude absolue. Aucun praticien n'est à l'abri d'une faute ; le plus éminent, le plus expérimenté est quelquefois celui qui laisse le plus de place au doute.

Les mêmes incertitudes dans le diagnostic se retrouvent tout naturellement au sujet du pronostic. Ici, nous ferons tout de suite une différence, suivant qu'il s'agit d'une affection au début ou à la période d'état, ou d'une agonie plus ou moins confirmée.

L'erreur du diagnostic, disons-nous, entraîne l'erreur du pronostic. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. On pourrait également dresser la liste des fausses prédictions basées sur un diagnostic rigoureusement exact. Le cas le plus typique qui ait été publié à ce sujet est certainement celui de Pearce Gould que nous empruntons au récit de M. Récamier sur le traitement des malades inopérables.

En 1890, on enlève à une femme le sein gauche pour un squirrhe typique diagnostiqué par le microscope.

En 1895, elle était amaigrie et dyspnéique avec une récidive dans la cicatrice, de nombreux nodules secondaires dans la peau, de gros ganglions axillaires et sus-claviculaires des deux côtés et une fracture spontanée du col du fémur gauche due à une tumeur de l'os.

Elle paraissait mourante ; or, entre mars et novembre 1896, les nodules devinrent chéloïdiens-cicatriciels, la fracture se consolida et toute apparence de tumeur disparut sans qu'aucun traitement spécifique ait été tenté. En même temps, l'état général s'améliorait.

En 1899, les cicatrices étaient devenues souples et l'état général était excellent.

En 1906, lorsqu'elle fut perdue de vue, la malade jouis-

sait d'une santé en apparence parfaite (Pearce Gould, *Clinical Society trans.*, vol. XXXII, p. 272).

Cet exemple prouve — ce qu'aucun chirurgien n'ignore — que le cancer est sujet à des régressions, à des disparitions apparentes même qui peuvent durer de longues années.

On pourrait multiplier les exemples de survies très longues quelquefois, malgré la gravité des affections. Toute méthode nouvelle de traitement du cancer, de la tuberculose a, à son actif, des prolongations inespérées. Nous empruntons à M. Owen les observations suivantes :

Observation première

Il s'agit d'une femme chez qui on avait fait le diagnostic ferme de cancer de l'estomac. On l'opéra et on découvrit en effet un cancer du pylore, aussi dur que possible. On fit une gastro-entérostomie antérieure et le pronostic le plus sombre fut porté.

Le résultat cependant fut que, après avoir été une grave malade, cette femme recouvrait une excellente santé ; elle gagnait même l'année suivante un tournoi de tennis.

Observation II

La deuxième observation concerne un malade, brightique avancé. Son état, au dire des médecins, était désespéré. Le malade envoya les médicaments au diable, mangea, but, et se dépêcha de jouir joyeusement du peu de jours qui lui restaient à vivre. Il vécut ainsi pendant vingt ans environ.

Nous trouvons dans la thèse de M. Ballard : « Comment meurent les épileptiques » ; ces lignes de Tissot : « Il y a sans doute plusieurs épilepsies incurables, mais elles ne le sont pas toutes ; j'en ai pour ma part guéri un très grand nombre, plusieurs médecins peuvent en dire autant, et je suis persuadé qu'on en guérirait davantage si les médecins n'étaient pas eux-mêmes trop imbus de ce préjugé, si plus d'espérance leur donnait plus d'attention, et si en abandonnant trop tôt un malade ils ne le réduisaient à la triste nécessité de se jeter entre les mains meurtrières des charlatans qui osent tout..... »

Ces guérisons, ces prolongations sont une des plus sérieuses objections à l'assassinat par pitié.

De plus est-on jamais sûr que le malheureux qu'on a soi-même condamné et qui vous réclame la mort ne la refusera pas le lendemain après une nuit meilleure ? l'amélioration inattendue qui survient peut lui faire désirer la survie. Quelle faute pour le médecin qui, trompé par une résolution en apparence inébranlable aurait avoué son impuissance et laissé échapper le mot funeste. « Il ne s'agit pas seulement, en effet, dit le Dr Toulouse, de savoir si le malade peut guérir, car au cours d'affections certainement incurables, le patient éprouve dans les conditions les plus misérables la joie de durer. Il faut encore que le mal lui paraisse plus terrible que la mort ; or, c'est là une question de trêve dans la souffrance et en définitive d'appréciation, toutes choses variables d'un moment à l'autre. Que de fois un malade a imploré devant moi la suprême délivrance ! Puis une éclaircie survenait dans son état, et l'instinct de la vie le reprenait avec toutes ses pitoyables illusions. »

Et qui nous dit même que cet incurable n'affirme son énergique volonté de mourir que pour démasquer notre

mensonge dont il n'est pas bien sûr. Nous nous souvenons de bien des questions insidieuses que nous posaient nos malheureux tuberculeux, épiant sur notre visage si tout espoir était vraiment perdu.

L'espérance dans la guérison, l'illusion, ce narcotique précieux, le réconfort moral ont une puissance indéfinie. Le médecin ne devrait jamais oublier cette prescription que faisait Bénédict Teissier devant ces malades condamnés : « *Opium et mentiri.* »

Cependant, a-t on dit, en admettant que les médecins se trompent lorsque la maladie est encore susceptible d'amélioration ou de guérison, l'erreur au moment de l'agonie devient impossible. Les partisans de l'euthanasie montrent une fois de plus ici leur ignorance des choses médicales. L'agonie ne peut se définir. « Quel médecin, disait Bichat, peut d'après les données actuelles de son art percer le voile épais qui cache ici les opérations de la nature? Quel esprit judicieux osera dépasser sur ce point les limites de la plus stricte observation ? »

Les thèses de Schulz et de Hennig, sur l'euthanasie et la dysthanasie, dont nous avons déjà parlé, discutent longuement cette question. Nous ne les suivrons pas dans cette voie. Nous nous bornerons à signaler la difficulté du diagnostic de l'agonie suivant la nature de l'affection. Si l'on peut souvent affirmer, quand on assiste à la fin d'une maladie chronique, on ne doutera jamais assez lorsqu'il s'agira de la période terminale d'un état aigu et même d'un grand traumatisme. Parrot, entre beaucoup, signale « l'impossibilité où l'on est de prendre une décision immédiate, qui dans les cas douteux devra faire admettre plus volontiers l'apparence que la réalité «.

Forget qui a donné sur la question plusieurs observations remarquables, écrit : « Qu'est-ce que l'agonie?

étymologiquement le mot signifie combat et par interprétation combat entre la vie et la mort. A la rigueur la maladie en général n'est pas autre chose, mais il est convenu d'entendre particulièrement par agonie une lutte très-inégale où la mort a manifestement le dessus où son triomphe est aussi sûr que prochain. Eh bien ! c'est cette certitude et cette proximité qui précisément constituent le problème et que des retours assez fréquents doivent faire considérer comme de simples probabilités... Le diagnostic de l'agonie en tant qu'elle doit aboutir nécessairement et prochainement à la mort échappe à une définition précise et relève de l'appréciation de la généralité des observateurs compétents. Aussi la plupart des médecins tomberont à peu près d'accord sur l'état d'agonie, c'est-à-dire sur l'imminence de la mort, chez un sujet donné ; mais l'agonie en général n'a pas de caractère absolu par lequel on puisse l'exprimer ».

C'est sur ces bases fragiles; incurabilité, agonie, mort imminente que reposent la théorie de l'euthanasie et de longs plaidoyers tels que celui de M. Maeterlink.

Nous citerons d'abord une observation de Forget qui, mieux qu'un argument, montrera ce qu'est un rescapé en médecine.

En 1841, je donnais mes soins conjointement avec deux honorables confrères au général C. affecté de maladie du cœur avec anasarque. Un soir nous trouvâmes le malade dans un état d'agonie confirmée : perte de connaissance, face décomposée, cyanosée, sueurs froides, râle trachéal, anxiété extrême, mouvements convulsifs, pouls filiformes. Nous jugeâmes tous trois qu'il n'avait que quelques instants à vivre. Déjà l'un de nos confrères s'était retiré lorsque par acquit de conscience je priai l'autre de pratiquer quelques scarifications sur les mem-

bres inférieurs qui étaient considérablement infiltrés. Notre confrère s'y prêta avec complaisance et nous nous retirâmes en adressant des consolations à la famille. Quel fut mon étonnement lorsque le lendemain matin on vint me dire que le général désirait me voir ! J'y courus et le trouvai complètement ressuscité ne conservant aucun souvenir de la nuit qu'il avait cru passer dans un sommeil paisible, ce qui, par parenthèse, doit rassurer sur les angoisses que paraissent éprouver certains agonisants, qui, j'en suis convaincu aujourd'hui, n'en ont pas la perception. Mais les scarifications avaient coulé avec une abondance telle que la couche était traversée de sérosités qui ruisselaient sur le plancher. Les membres s'étaient désenflés, et la garde-malade nous raconta que graduellement la respiration s'était dégagée, le pouls, la chaleur avaient repris, l'intelligence était revenue, etc. Le malade n'en mourut pas moins réellement huit jours après, mais enfin il était une fois sorti d'une véritable agonie.

L'éminent maître belge Boëns qui a repris et commenté le travail de Forget fait un tableau des divers états morbides dans lesquels l'agonie doit être plus spécialement surveillée. Les syncopes, les hémorragies, les embolies, l'inanition, les traumatismes graves sont du nombre. En ce qui concerne ces derniers qui « souvent sont dus à des agents physiques très puissants, l'agonie se prononce de bonne heure et marche progressivement vers la mort.

Cependant il est des cas où, malgré toute prévision, on voit survenir de véritables résurrections, même par les seuls effets de la nature.

Le praticien ne doit donc jamais abandonner ses blessés à leur malheureux sort, aussi longtemps que la vie les soutient.

Il en est de même de la période algide ou asphyxique

du choléra. « Qui de nous durant les épidémies dont nous avons été témoins n'a vu des cholériques arrivés à l'état algide, dans la période asphyxique, revenir et recouvrer la santé, les uns, c'est le petit nombre, sous la seule influence des réactions vitales, des forces de l'économie, les autres, en plus grande quantité, par suite des soins assidus et intelligents qui leur ont été constamment prodigués. » Boëns cite encore l'éclampsie, l'hystérie, l'épilepsie, l'asthme suffocant.

..... Je pourrais énumérer et décrire une foule d'observations que j'ai recueillies ou qui m'ont été communiquées et dans lesquelles la mort peut être attribuée, en grande partie, ou à l'absence des soins nécessaires, ou à l'indolence et à l'incurie des personnes chargées de les appliquer. »

Obs. de Boëns. - Mme D ..., négociante à Charleroi a constaté depuis la ménopause un amaigrissement considérable avec affaiblissement de la vue. Les bruits du cœur sont devenus sourds, profonds comme dans les cas d'hypertrophie...

Elle fut prise tout à coup dans la soirée de malaises, anxiétés précordiales, défaillances, état suivi bientôt de refroidissement extrême et d'accès de suffocation des plus pénibles.

Boëns vint à 11 heures du soir. Le pouls était insensible. Sueur visqueuse, froide sur la face, mains bleuâtres ; mouvements inspiratoires courts, fréquents, peu profonds. De temps en temps les deux bras que l'on redresse retombent inertes.

Râle broncho-trachéal typique, entrecoupé de « Ah ! mon Dieu ! » Elle entendait parfaitement, avait toute sa

présence d'esprit et passait par des périodes d'engourdissement marquées de gémissements plus faibles.

Le râle surtout me frappa, il avait commencé à 9 heures, puis augmenté. De minuit à une heure, il était à gros bouillons laryngien.

La mort me parut imminente et les assistants dont la plupart étaient habitués à soigner des malades et à aider des moribonds, partageaient cette idée et avaient fait prévenir tous les membres de la famille. Ma première inspiration fut d'ordonner des sinapismes, des briques chaudes, une potion excitante.

A 1 heure du matin l'état général était à peu près stationnaire ; les membres inférieurs commençaient à se réchauffer. L'anxiété persistait ainsi que le râle et les absences momentanées d'esprit. Large vésicatoire Potion cordiale, éther, café.

A 2 heures, amélioration légère. A 5 heures, le râle diminue. A 7 heures, il n'y a plus de râle, ni à distance, ni à l'auscultation.

Je crois avoir eu affaire à un cas d'embolie soit cardiaque soit artérielle. Je me suis trouvé certainement en présence de l'un des cas d'agonie les plus nettement tranchés et les plus avancés qu'il m'ait été donné de voir depuis que je vois mourir.

La malade a guéri.

Boëns cite également deux observations de mutilation et hémorragie foudroyante chez deux hommes jeunes et vigoureux. Une injection de XXX à XL gouttes de liqueur ammoniacale diluée fut faite dans la veine céphalique. Le pouls était alors imperceptible, la déglutition impossible, la mort imminente Une sorte de convulsion suivit immédiatement l'injection. Le pouls reparut. Dans un cas, il y eut des vomissements. La connaissance revint :

on put faire boire les blessés. La vie se prolongea deux heures chez le premier ; le deuxième survécut et guérit.

Nous empruntons enfin au docteur Plantier (d'Annonay), trois autres faits tout aussi significatifs (*Paris médical*, avril 1913, « Les rescapés en médecine »).

L'un date de quelques jours, dit-il, et m'a inspiré cet article où je développe des idées qui me sont chères. Il concerne un malade de 70 ans, artério-scléreux sans albuminurie, ayant présenté depuis quatorze ans que je le soigne de l'emphysème pulmonaire de la myocardite, des hémorragies rétiniennes et plusieurs attaques d'apoplexie. Il y a dix jours un nouvel ictus exceptionnellement grave se produisit avec hémiplégie à gauche, crises convulsives et coma. La médication vigoureuse qui lui a toujours réussi est instituée : lavement purgatif, application de sangsues, piqûres d'huile camphrée et de caféine. Mais cette fois aucune amélioration ne se manifeste ; des ventouses posées sur les morsures des sangsues donnent une saignée abondante, de nouvelles piqûres de caféine et d'huile camphrée sont pratiquées *larga manu* toujours sans succès. Le coma persiste, puis la respiration et le pouls deviennent irréguliers, le visage se cyanose, le râle agonique apparaît, la fin est imminente. Elle est d'ailleurs l'aboutissant inexorable d'une maladie déjà longue. A ce moment, hanté par l'idée que la mort résulte, en ce cas, d'une auto-intoxication (malgré l'absence d'albuminurie) et non d'une lésion organique, je fais suivre deux piqûres d'éther qui ne provoquent aucune réaction, d'une émission sanguine formidable qui porte à plus d'un litre la quantité de sang soustraite. Peu à peu une détente se produit et le mourant renait. Aujourd'hui il est en état très satisfaifaisant. Cet homme est un rescapé !

Est également un rescapé, un blessé de 68 ans qui, il

y a quelques années, fut projeté de son automobile sur la chaussée et eut la tête prise entre un tas de pierres et sa voiture versée. Relevé sans connaissance avec les signes d'une fracture de la base du crâne, il fut soigné avec intelligence et énergie par quatre médecins qui n'épargnèrent rien pour le tirer du coma. Malgré une active médication, la respiration devint irrégulière et se ralentit, le pouls s'affaiblit et se fit inégal, le râle agonique apparut. Devant l'évidence des signes d'une mort évidente, on suspendit toute tentative. A ce moment le désir de faire durer le moribond pendant quelques minutes encore, jusqu'à l'arrivée d'une parente, m'engagea à reprendre et à pratiquer sans compter, piqûres d'éther et de caféine. A l'étonnement de tous l'agonie se suspendit, le cœur se remonta, la respiration se rétablit, le blessé sortit du coma.

Il a joui, depuis, d'une excellente santé.

Un troisième cas concerne une jeune femme qui fut atteinte de colibacillémie après un accouchement, il y a onze ans. Deux spécialistes lui prodiguèrent leurs soins en consultation avec deux médecins de la localité et un chef de clinique gynécologique. D'un avis unanime, la situation devint désespérée. Toutes les médications avaient été tentées sans succès y compris de nombreux abcès de fixation mis en œuvre par le père même de la méthode. Une double parotidite s'était produite. L'agonie s'établit et deux des trois médecins qui se trouvaient auprès de la malade refusèrent leurs concours à celui d'entre eux qui voulait tenter une dernière chance en procédant à une injection de sérum d'un litre. Ils déclaraient absurde toute tentative dans un pareil moment, rien ne pouvant arrêter l'œuvre de la mort. Et, cependant, cette ultime médication eut un plein succès, la guérison survint

la malade se rétablit entièrement et elle a eu depuis de nombreux enfants.

Il résulte de ces observations que le médecin doit être vitaliste. Son rôle se borne à aider la nature en acceptant la définition de Bichat : la vie est l'ensemble des formes qui résistent à la mort, le médecin doit aider ces forces, il lui est interdit de les combattre. En face d'un incurable, il doit lutter comme si la maladie était guérissable, opérer quand cela est encore possible, essayer les traitements médicaux même s'ils paraissent vains.

Là cependant ne s'arrête pas son rôle. La médecine de l'antiquité pour montrer cet art d'une certitude incontestable et de peur qu'on lui attribue les souffrances qu'elle ne pouvait adoucir s'occupait peu de calmer la douleur. Aujourd'hui c'est un des devoirs du médecin.

La lutte éclairée contre les tortures de certaines maladies, le cancer par exemple, est actuellement en bonne voie de réalisation. M. Récamier, dans un rapport à la conférence internationale de 1910 pour l'étude du cancer. a précisé la situation actuelle de l'assistance aux cancéreux inopérables. Nous ne referons pas cette étude qui ne présenterait aucun caractère nouveau. Nous en retiendrons cette assurance que la douleur dans les cas les plus épouvantables, le cancer de l'utérus par exemple. est le plus souvent vaincue.

Une objection en apparence sérieuse qui a été faite au corps médical par les partisans de l'euthanasie concerne cette question des stupéfiants longtemps administrés. Vous refusez d'achever le malade que vous avez condamné, disent-ils, et vous le tuez chaque jour à petite dose. Vous savez que la morphine est un poison et qu'elle raccourcit la vie, vous en donnez davantage à mesure que le mal progresse. Et l'on accuse la médecine d'hypocrisie. Les dan-

gers de la morphinomanie sont réels et nous savons fort bien que cette lutte contre la douleur demande une grande prudence et un grand tact. Mais l'objection a peu de valeur si l'on considère que le fait d'apaiser la souffrance est le devoir du médecin, que là est son intention et qu'il ajoute à ce souci celui de diminuer autant que possible l'action nocive du calmant. Cette action est d'ailleurs fort douteuse à la fin de certaines affections chroniques telles que le cancer.

« Le morphinomane, dit M. Récamier, est en général un nerveux sans volonté qui cède à une impulsion dès qu'elle se fait sentir et tombe sous l'influence de la morphine comme il tomberait sous celle du tabac ou de l'alcool, mais pour les malades dont nous parlons leur volonté aidée de celle du chirurgien résiste suffisamment pour accepter la règle imposée et s'en contenter...

Quant au danger de l'alcaloïde chez une cachectique dont le rein et le foie fonctionnent mal, je ne l'ai jamais constaté et loin de croire la morphine nuisible aux cancéreux, je crois comme Ménétrier qu'elle améliore leur état général, les soutient et prolonge leur vie ».

Cette lutte contre la douleur l'arrêterons-nous au moment où la mort paraît imminente? La question doit être envisagée très simplement, sans sensiblerie. Nous avons vu que l'agonie était un mot, qu'il n'y avait pas une agonie mais des mourants. Nous essaierons de montrer maintenant qu'il y a des agonies conscientes et douloureuses mais qu'il y a des agonies douces, indolores, en somme des euthanasies naturelles.

Lorsque la connaissance semble disparaître, tout apaisement devient inutile, le médecin ne peut que vérifier l'abolition de la conscience, dont le substratum matériel s'écroule progressivement. Dans certaines affections,

dans les intoxications septiques, les fonctions intellectuelles peuvent être absolument abolies et avec elles la sensibilité générale : la mort psychique a précédé la mort intégrale. Au moins le moribond ne souffre-t-il ni au physique ni au moral et tout se termine sans secousse (Morache.

Il n'en est pas toujours ainsi ; l'euthanasie naturelle est compatible avec une parfaite lucidité intellectuelle. M. Maeterlink lui-même veut bien reconnaître que « souvent la sensibilité de celui qui est « aux abois de la mort » déjà bien émoussée ne perçoit plus que la rumeur lointaine des souffrances qu'elle paraît endurer ». Les « convulsions atroces » dont il parle ensuite ne sont certainement qu'une rare exception.

Sir William Osler dans son essai *Science and Immortality* dit qu'il a gardé la relation exacte d'environ 500 décès. Parmi ceux-ci, 90 ont souffert de douleurs physiques ; 11 ont montré de l'angoisse ; 2 une positive teneur ; 1 a présenté une grande exaltation spirituelle ; 1 un remords amer, les autres n'ont offert aucun signe particulier. C'est là d'ailleurs l'opinion des classiques.

« L'entrée en agonie dit Tourdes est précédée souvent par un amendement trompeur, par la diminution des phénomènes fébriles et douloureux ».

Un médecin aliéniste russe Tokarsky a publié il y a quelque temps, un travail sur la *Crainte de la Mort* où il étudie le peu de fondement de cette crainte générale. L'auteur était lui-même atteint d'une maladie incurable presque sûrement mortelle. Il reproduisait aussi le témoignage de nombreuses personnes qui furent en danger et en concluait que celle ci n'avait rien d'effrayant. Tel est encore l'avis de Finot *La philosophie de la longévité*,

Paris, 1900. C'est notre ignorance et nos préjugés, écrit-il, qui ont créé cette superstition si terrifiante pour notre conscience et si opposée à la réalité. Metchnikoff fait cependant des réserves. Il distingue la crainte de la mort pendant la vie et au moment de l'agonie. Il arrive en somme à la même conclusion. Les hommes qui meurent d'inanition ne ressentent pas la faim pénible au moment de la mort. Il y a là une analogie avec la peur de la mort qui, dans quelques cas, ne dure pas jusqu'à la fin de la vie.

Cicéron et Sénèque croyaient que la mort a bien sa volupté. Barthez, Darwin, Cabanis, Cirillo, ne pensaient pas autrement.

Nous n'entrerons pas dans la discussion de ce problème de psycho-physiologie, les études sur « le Moi des Mourants » de M. Egger, du Dr Soldier, de M. Féré, ont traité cette intéressante question. Nous avons voulu montrer simplement qu'à côté de quelques cas de dysthanasie, l'euthanasie naturelle était la règle. L'exemple le plus célèbre que l'on cite à ce sujet est celui de Montaigne raconté par lui-même.

Montaigne désarçonné avait été jeté à terre violemment. Il vomit beaucoup de sang puis reprit un peu de vie, « mais ce fut par le menu..... Quand je commençais à y voir, ce fut d'une vue si trouble, si faible et si morte que je ne discernais encore rien que la lumière.... il me semblait que ma vie ne me tenait plus qu'au bout des lèvres. Je fermais les yeux pour aider, ce me semblait, à la pousser hors et prenais plaisir à m'alanguir et à me laisser aller. C'était une imagination qui ne faisait que nager superficiellement en mon âme, aussi tendre et aussi faible que tout le reste, mais à la vérité non-seulement exempte de déplaisir, mais mêlée à cette douceur que sentent ceux qui se laissent glisser au sommeil. Je crois que c'est ce

même état où se trouvent ceux qu'on voit défaillants de faiblesse en l'agonie de la mort et tiens que nous les plaignons sans cause, estimant qu'ils soient agités de grièves douleurs ou avoir l'âme pressée de cogitations pénibles ».

Même ceux qui « grommèlent », soupirent, remuent, « j'ai toujours pensé qu'ils avaient l'âme et le corps ensevelis et endormis et ne pouvais croire qu'à un si grand étonnement des membres et si grande défaillance des sens, l'âme pût maintenir aucune force au-dedans pour se reconnaître et que par ainsi ils n'avaient aucun discours qui les tourmentât et qui pût leur faire juger et sentir la misère de leur condition et que, par conséquent, ils n'étaient pas fort à plaindre ».

Ils n'ont alors, selon Montaigne, que ce que nous appelons maintenant des réflexes ; ces choses-là, dit-il, « ne sont pas à nous ».

«.... Quand on m'eut couché, je sentis une infinie douceur à ce repos, car j'avais été vilainement tirassé par ces pauvres gens qui avaient pris la peine de me porter sur leurs bras par un long et très mauvais chemin. On me présenta force remèdes, de quoi je n'en reçus aucun, tenant pour certain que j'étais blessé à mort par la tête. C'eût été sans mentir une mort bienheureuse, car la faiblesse de mon discours me gardait d'en rien juger et celle du corps d'en rien sentir. Je me laissais couler si doucement et d'une façon si molle et si aisée, que je ne sais guère autre action moins pesante que celle-là était ».

Cette description est sans doute trop générale. L'euthanasie universelle de Montaigne est un paradoxe au même titre que l'euthanasie provoquée de Th. Monis ou de Dacon. Il est malheureusement trop de cas où le mourant souffre physiquement. Le médecin a alors le devoir de calmer cette souffrance.

CONCLUSIONS

I. L'euthanasie est la mort provoquée sans souffrances pour éviter les douleurs des maladies incurables et l'angoisse de l'agonie. C'est, en somme, le suicide et l'assassinat médicalement autorisés.

II. La science comparée, l'ethnographie montrent que tous les peuples, à part quelques exceptions négligeables, réprouvent l'euthanasie.

III. Ses défenseurs sont uniquement des littérateurs et des utopistes. Il est donc nécessaire d'opposer à leurs assertions une critique purement médicale.

IV. La médecine s'oppose à l'euthanasie pour des raisons absolues.

A. — Elle a pour but de conserver la vie et non de la détruire.

B. — La médecine n'est pas une science absolue, c'est un art qui évolue et se perfectionne sans cesse. Une maladie, incurable aujourd'hui, pourra être guérissable demain.

C. — Le diagnostic ne permet pas d'affirmer, d'une manière absolue, l'incurabilité de la maladie.

D. — Le pronostic aussi est sujet à de trop nombreuses erreurs.

E. — La *natura medicatrix* est l'ensemble des forces qui résistent à la mort ; c'est le premier des éléments de guérison. Le médecin ne doit pas l'entraver.

V. Si le médecin doit conserver la vie par tous les moyens, il ne lui est pas défendu, quand ce n'est pas préjudiciable au malade, de calmer les douleurs des incurables et les affres de l'agonie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTI. — Dissertatio de dysthanasia medica de euthanasia. Halae, 1735.

BALLARD (J.). — Comment meurent les épileptiques. Thèse de Paris, 1897-98.

BÉRANGER (A.). — Considérations psychologiques sur l'agonie, avec quelques applications médico-légales. Thèse de Lyon, 1898.

BESCHNETZ. — De euthanasia medica. Berolini, 1832.

BICHAT. — Recherches physiologiques sur la vie et la mort. 5e édit., Paris, 1829.

BOËNS. — Traitement de l'agonie. Bulletin de l'Acad. roy. méd. Belgique, Bruxelles, 1873, 262-287.

— Nouvelles remarques sur le traitement de l'agonie. Bull. Acad. roy. méd. Belgique, Bruxelles, 1874, 624-637.

BOUQUET. — Le droit à la mort. Le Monde Médical, 1912, pp. 1007-1010.

— Le médecin et l'agonie. La Presse médicale de Paris, 19 février 1913, 201-203.

BROWN-SEQUARD. — Recherches sur la possibilité de rappeler temporairement à la vie des individus mourant de maladies. Journal de Physiologie, Paris, 1858, 666-672.

BROUARDEL. — La responsabilité médicale. Paris, 1898.

BILLON (F. E.). — Essai médical sur la dysthanasie. Thèse de Paris, 1820.

G. B. (Dr). — L'euthanasie. Bulletin général de Thérapeutique, 30 juin 1913, 933-935.

CASTEX. — La douleur physique. Thèse de Paris, 1904-05.

CORIVEAUD. — L'euthanasie et les médecins. Journal de Médec. de Bordeaux, 1905, 607-608.

DASTRE. — Les anesthésiques. Paris, 1890.

DRUDE. — On euthanasia. Feoria m. Mouthl, 1881-82, II, pp. 90-92.

EUTHANASIA. — Edit. Wien. med. Bl. 1888, XI, 769-771.

— Fractitioner. Soudon, 1896, 631-5

— Degenerated sympathy. Boston med. et Journ., 1906, div. 330.

— Edit. British m. J., 1906, p. 638.

COUNTARBLAST of EUTHANASIA. — Bristish m. J., 1906, p. 760.

EUTHANASIA. — Edit. British m. J., 1906, p. 817.

EGBERTH (J.-U.). — Longevity and euthanasia. Pictet et hyg. Gaz. New-York, 1894.

FORGET. — Du traitement de l'agonie. Bull. génér. thérap. Paris, 97-201.

GARNIER et DELAMARE. — Art. Euthanasie Dictionnaire des termes techniques de méd., Paris, 1909.

GŒTZ. — De euthanasia, qualis medicorum est. Rostochii, 1841.

GROSSWEILLER (J -C.). — Brinnerungen an die Sorge für einen ruhigen und Leichten Tod.

HAUFFE (F. T). — De euthanasia. Herbipoli, 1843.

HAZARD (W.-B.). — Euthanasia : the recent deaths at the St-Louis county Jusane Asylurn over dove of conium. St-Louis, clin. Rec., 1875, 6, II, 124-127.

HENNIC (C.-G.). — De dysthanasia medica vom schwherem Tod. These Halae Magdeburg, 1735.

HEINZELMANN (R.). — De euthanasia medico. Berolini, 1845.

HITCHCOCK (F.-E.). — Euthanasia. Tr. Maine m. Ass. Portland, 1889. 30-43.

JACCOUD. — Art. Agonie. N. Dict. de méd. et chir. prat. Paris, 1864.

JAHN (J.-D.-L.). — De euthanasia. These de Kiliae, 1839.

JENTINE (A.). — De promovenda euthanasia bray ad Rhenum, 1840.

JUHEL-RENOY. — Vie professionnelle et devoirs du médecin. Paris, 1892

KESSLER (F.). — De euthanasia medica sive de moribundorum adjuvandorum ratione, Berolini, 1828.

KLOHSS. — Hülfen den Tod zu erleichtern bruchstück einer grössern Schrift. Berlin, 1832.

— Die euthanasie, oder die kuust den Tod zu erleichtern. Berlin, 1835.

KÖFFING (G.). — De euthanasia. Sm. 4° (n. p.), 1612.

LACASSAGNE. — Précis de Médecine légale.

LEGENDRE. — Les moyens de combattre la douleur. Clinique Paris, 1909, 328-330.

LEGRAND DU SAULLE. — Des approches de la mort, de leur influence sur les facultés de l'intelligence et sur les actes de la dernière volonté. Gaz. des Hôp. de Paris, 1861, XXXIV, 81-85.

LITTRÉ et GILBERT. — Art. Euthanasie. Dictionnaire médical.

MARIOTTE (G.-M.-A.). — Essai sur l'état mental des cancéreux. Thèse de Bordeaux, 1906-1907.

MARX (C.-P.-H.). — De euthanasia medica. These de Gottingae.

— Ueber die euthanasie. Berlin, 1827. Lit. Ann. d. ges Heilk, Berlin, 1827, 129-151.

MENDELSSOHN. — Ueber die euthanasie.

METCHNIKOFF. — Études sur la nature humaine. Essai de philosophie optimiste. Paris 1908.

MICHAUT (Dr). — La psychologie du malade. La Chronique médicale, Paris, 15 sept. 1898, 561.

MORACHE. — La profession médicale. Ses devoirs, ses droits. Paris, 1901.

— La responsabilité. Paris, 1906.

— Naissance et mort. Etude de socio-biol. et de méd. lég. Paris, 1904.

MACDONALD (K.-N.). — On death, and how to divest it of its terrors ; with som. remarks on the final disposal of the animal organism. Edimboug, L, 1875.

NETTER. — Vues nouvelles sur le choléra. Résurrection des agonisants par les injections aqueuses. Mention de l'Institut. Paris, 1874.

PFEIFFER. — De euthanasia medica. Berolini, 1839.

PLANTIER (Dr). — Les rescapés en médecine. Paris Médical, avril 1913.

PLATON (Ch.). — Syphilis. Tuberculose. Cancer. Revue de vulg. des sc. médic. Marseille, juin 1909, 243.

RAGONNEAU (H.-F.). — Considérations sur l'agonie. Thèse de Paris, 1817.

RAUZIER. — La longévité. Revue de vulgarisat. scientif. de Marseille, nov. 1908.

RÉCAMIER. — De l'assistance aux malades incurables. Conférence internationale pour l'étude du cancer. Paris, 1910.

RENON. — Valeur actuelle de la thérapeutique antituberculeuse.

ROBINSON (W. J.). — Euthanasia Med. marin critic. New-York, 1913, XVI, 85-90.

ROCHE (Dr). — Euthanasie. Revue de vulgarisation des sciences méd. Marseille, juillet 1909, 252-255.

ROUBAUD. — Absence de la douleur dans la mort. Gaz. des Hôpitaux Paris, 1847, 567-579.

The Right to die. British m. J. London, 1911, 1215.

SALIVAS. — De l'influence exercée sur l'état mental par l'approche de la mort. Thèse de Bordeaux, 1883.

SALZMANN (C.-C.). — De euthanasia medica, these Berolini, 1835.

SCHAFFRATH (H.-D.) — Die euthanasie Bonn, 1869.

SCHÖUBANER (J.). — De Euthanasia Pestini, 1820.

SCHRIEVER (G.). — De euthanasia Berolini, 1836.

STÜBENDORFF. — De euthanasia medica, 12°, 1836.

SCHULLE (C.). — Zur psychologie und euthanasia. Arch. med. Erfahr. Berl, 1832, 278-302.

SCHULZ (L.-F.). — De euthanasia medica von leichben Tod. These de Halae. Madeburg, 1735.

THIÉRY (F.). — La vie de l'homme respectée et défendue dans ses derniers moments. Paris, 1787.

THWING (C.-F.). — Euthanasia in articulo mortis, Méd. lég. J., N.-Y., 1888-89, 282-284.

TOULOUSE (Dr). — Euthanasie. Demain, mai, 1913.

TOURDES. — Art., Mort, dict. Dechambre.

— Précis de médecine légale.

WAZEUCROFT (O.-M.). — Euthanasy. Pacific méd. et surq. Journ. San-Franc., 1873, 499.

WILLIAMS (C.-B.). — Euthanesia, Med. et surq. Reporter. Philadelphia, 1894, 909-911.

ZIEMSSEM (Q.-L.). — De Euthanaica Gryphiae, 1845.

BACON (F.). — Progrès de la Science.

BEUSON ROBERT-HUGH. — Le Maître de la Terre, trad. de Th. de Wyzewa.

BINET-VALENER. — La Créature, Paris, 1913.

— Consultations pour désespérés. La Chr. méd., 1909, 222.

EGGER. — Le Moi des Mourants. Rev. philos., Paris, 1894.
— Euthanasia (Litterary notes). British, M. J., 1911, 1211.
— L'Euthanasie ou la mort douce. La Chron. méd , juin 1913.

FÉRÉ. - L'Etat mental des mourants. Revue philos , Paris, 1898, 296-302.

GALTIER (J.). — L'Euthanasie. Le Temps, juin 1913.

GUERMONPREZ. — L'Assassinat médical et le respect de la vie humaine, Paris, 1904.

GRASSET. — La fin de la vie. Revue de phil., 1er août 1903.

HASTINGS. — Encyclopedia of Relîgion and ethics. Art. euthanasia, t. V, 1913.

HOTZ (Ch.). — Le droit de tuer. Revue de vulg. des Sc. médic., mars-juillet, 1909, 255-256.

JUNIUS (Le billet de). — Echo de Paris, juin, 1913.

LITTRÉ. — Dict. de la langue française. Art. Euthanasie.

LABOUNE. — Comment on se défend contre la douleur ; la lutte victorieuse contre la souffrance dans la plupart des maux, Paris, 1901.

LAROUSSE. — Dict. de la langue franç., Art. Euthanasie.

LIVON. — « Doit-on avertir un malade de sa fin prochaine » (Enquête du « feu », 1904).

LUBLOCK (Sir John). — Le bonheur de vivre, Paris, 1907. — Mœurs de sauvages modernes.

MAETERLINK (M.). — La Mort, Paris, 1913.

MORUS (Th.). — Du meilleur gouvernement possible ou la nouvelle isle d'utopie (XVIe s.).

POLLAK. — Du droit de tuer. Rev. de vulg. scient., Marseille, juin, 1909, 243-244.

RÉNON. — Devoirs des médecins vis-à-vis des malades. Rev. de vulg. scientif., Marseille, oct. 1909, 294-296.

REINACH (Salomon). — Cultes et mythes, t. III, p. 281, Paris, 1909.

REGNAULT (J.). — L'Assassinat médical ou suprême charité. La Revue, Paris, 1905, 471 488.

TERY (Gustave). — Les jours se suivent. Le Journal, juin 1913.

TARDIEU. - Psychologie du malade. Revue philos., juin 1898.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !